

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1913-1914. — N° 54

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DE
l'Inversion Utérine Chronique
D'ORIGINE PUERPÉRALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HERVÉ ROSSINÈS

Elève de l'École du Service de Santé Militaire
né le 20 Juillet 1889, à Toulouse (Haute-Garonne)



LYON
IMPRIMERIE L. GROSJEAN
78, RUE CRILLON, 78

1913

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DU TRAITEMENT DE

l'Inversion Utérine Chronique

D'ORIGINE PUERPÉRILE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1913-1914. — N° 54

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DE
l'Inversion Utérine Chronique
D'ORIGINE PUERPÉRILE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 16 Décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HERVÉ ROSSINÈS

Elève de l'École du Service de Santé Militaire
né le 20 Juillet 1889, à Toulouse (Haute-Garonne)



LYON
IMPRIMERIE L. GROSJEAN
78, RUE CRILLON, 78

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUBEAU, AUFAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	{ ROQUES
Clinique obstétricale et Accouchements	{ BARD
Clinique ophtalmologique	{ X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{ X...
Clinique des maladies mentales	{ FABRE
Clinique des maladies des enfants	{ ROLLET
Clinique des maladies des femmes	{ NICOLAS
Physique médicale	{ LEPINE (J.)
Chimie médicale et pharmaceutique	{ WEILL
Chimie organique et Toxicologie	{ POLLOSSON (A.)
Matièremédicale et Botanique	{ CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	{ HUGOUNENQ
Anatomie	{ MOREL
Anatomie générale et Histologie	{ MOREAU
Physiologie	{ GUIART
Pathologie interne	{ TESTUT
Pathologie et Thérapeutique générales	{ RENAUT
Anatomie pathologique	{ MORAT
Médecine opératoire	{ COLLET
Médecine expérimentale et comparée	{ LESIEUR
Médecine légale	{ PAVIOT
Hygiène	{ POLLOSSON (M)
Thérapeutique	{ COURMONT (P)
Pharmacologie	{ ETIENNE MARTIN
	{ COURMONT (J.)
	{ PIC
	{ FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Embryologie	LATARJET, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale	VILLARD, —
Clinique infantile	MOURIQUAND, —
Déontologie et médecine professionnelle	X...

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	MOURIQUAND	FROMENT
COMMANDEUR	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GUILLEMARD	PIERY
LARROYENNE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
VORON	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
NOGIER	CADE	SAVY	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (Auguste), *Président*; FABRE, *Assesseur*;
MM. VORON et LARROYENNE, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible hommage d'une
profonde reconnaissance.

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS LES DOCTEURS

X. CAZALAS et R. DILLESEGER

Pour tous les souvenirs qui
nous rattachent.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur POLLOSSON

Il a bien voulu accepter la
présidence de notre thèse. Nous
lui exprimons notre respec-
ueuse reconnaissance pour le
grand honneur qu'il nous fait.

A Monsieur le Professeur Agrégé VORON

A MONSIEUR

le Professeur Agrégé LARROYENNE

A Monsieur le Professeur Agrégé GAYET

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

AVANT-PROPOS

Avant d'entreprendre une carrière qui marque pour nous le but d'un travail de plusieurs années, avant de terminer par cette thèse, nos études universitaires, il nous est doux de jeter un regard sur le passé, et d'exprimer ici, du fond du cœur tous nos remerciements, et notre reconnaissance à tous ceux qui ont guidé nos efforts, à tous ceux, qui de près ou de loin nous ont encouragé de leurs exemples et de leurs conseils.

Nous n'oublierons jamais ce que fit pour nous et les nôtres M. le Docteur Mossé, Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Toulouse, nous l'en remercions bien sincèrement.

Nos remerciements vont aussi à tous nos maîtres civils et militaires qui pendant de longues années n'ont épargné pour nous, ni leur bienveillance ni leur dévouement.

Monsieur le professeur Voron nous a donné l'idée de ce travail. Monsieur le professeur Laroyenne nous a facilité nos recherches, et donné l'observation d'une intervention pratiquée. Ils nous ont accueilli avec bonté dans leurs cliniques. Nous avons trouvé en eux des guides surs et dévoués à qui nous sommes heureux de pouvoir exprimer notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Gayet s'est intéressé à notre travail. Il nous a aidé dans nos recherches; qu'il accepte aussi nos remerciements.

Enfin, nous ne quitterons pas cette école, où pendant trois ans de bons camarades et quelques amis dévoués ont partagé nos plaisirs et nos chagrins, ont pris part à nos joies et calmé nos peines, sans venir une dernière fois, les assurer de toute notre profonde gratitude, et de notre entier dévouement.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU TRAITEMENT DE
l'Inversion Utérine Chronique
D'ORIGINE PUERPÉRILE

INTRODUCTION

L'inversion utérine est une affection extrêmement rare, et en 1885 Crampton n'avait pu relever parmi tous les faits connus, que 228 cas. Depaul, cité par Taste, écrivait en 1879, que depuis la Fondation de la clinique d'accouchement à la Faculté de Paris, c'est-à-dire depuis dix-huit ans, ses élèves n'avaient jamais vu un renversement. Spiegelberg, cité par le même, nous dit que sur 190.000 accouchements qui ont eu lieu à la grande maternité de Dublin, depuis 1745, l'inversion n'a été notée qu'une fois. Enfin, Termikaelianz, cité par M. Puech, nous apprend que cet accident ne s'est jamais produit à la maternité de St-Pétersbourg en quarante huit ans.

L'Inversion utérine ne se voit en effet point dans les maternités où la surveillance de la délivrance est particulièrement soignée, et presque tous les cas connus, se rapportent à des femmes ayant accouché à la campagne, le plus souvent entre des mains inexpérimentées.

Cependant le Docteur Mantel d'Amiens a publié six cas observés dans sa clientèle, et Samuel Gache, en 1897, publie trois cas dans les Annales de Gynécologie et d'Obstétrique.

A Lyon, nous avons recherché successivement dans les services des Professeurs Tixier, Vallas, Bérard, Poncet, Jaboulay, Albertin et A. Pollosson, nous avons relevé une observation avec colpohystérotomie postérieure dans la clinique Gynécologique de la Charité du Professeur Pollosson. Elle a été publiée en 1910 dans la thèse de Wies. Nous en avons trouvé une autre dans la clinique Gynécologique du Professeur Albertin. Elle a été opérée par hystérectomie totale abdominale.

Nous ajoutons aujourd'hui à la 1^{re} observation les résultats actuels. Cette femme opérée par la méthode Duret a eu des suites opératoires intéressantes, qui nous ont parues dignes d'être publiées.

Enfin, nous avons eu récemment dans la clinique du Professeur Voron, la double fortune d'observer un cas intéressant d'inversion utérine et d'en voir la guérison obtenue par l'opération de la Colpohystérotomie postérieure pratiquée dans le service du Professeur Laroyenne.

Nous en publions le récit, et nous nous sommes attachés à rechercher les suites éloignées de l'intervention pratiquée dans ce cas.

M. le professeur Gayet, nous a renseigné sur l'état ac-

tuel de la malade opérée par lui en 1901, et dont il publia l'observation détaillée. Nous exposons ici ces résultats depuis 1901, et aux cas déjà connus, nous ajoutons trois observations de suites éloignées de l'opération de la Colpohystérotomie-postérieure et antérieure qui nous démontrent son utilité dans les cas d'inversion utérine.

Nous voulons nous attacher à démontrer que de toutes les opérations pratiquées dans les inversions de l'utérus, et lorsque, ont échoué toutes les manœuvres et tous les moyens si nombreux de réduction, de tous les procédés sanglants, la Colpohystérotomie postérieure, technique de Duret, ou la Colpohystérotomie antérieure méthode de Kehrer, sont les opérations de choix. Elles présentent pour la malade toutes les garanties de bénignité et aussi de réussite; elles n'amoindrissent en aucune manière les fonctions de l'organe intéressé.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE CLINIQUE

L'Inversion utérine, c'est-à-dire le retournement en doigt de gant de l'utérus, est une affection variable dans ses causes : outre l'accouchement, outre les fibrômes, et certains cas de néoproduction-cancéreuses où l'on a vu l'utérus s'inverser, on l'a vue en effet se produire encore au cours d'interventions chirurgicales telles que la myectomie partielle par voie vaginale.

Mais la plus fréquente de toutes, la seule qui nous intéresse et que nous étudierons ici est l'inversion postpartum. La statistique de Crosse, nous montre que sur 400 cas qu'il a trouvés, 350 sont dus à l'accouchement, et Denucé sur 100 cas en trouve 88.

Aujourd'hui, avec la nouvelle technique de délivrance retardée, cette inversion utérine puerpérale devient excessivement rare; de plus ces inversions sont vite reconnues après l'accouchement quand elles existent, et sont réduites aussitôt. Voilà pourquoi, ainsi que le fait remarquer Puech, les inversions chroniques; les seules qui soient du recours de la Gynécologie deviennent maintenant exceptionnelles.

Après avoir été énormément distendu, pendant la grossesse, l'utérus, dont le col est dilaté, et dont les parois sont ramollies à l'extrême, se trouve dans les conditions les meilleures pour pouvoir se retourner.

Lorsqu'à ce moment, le cordon se trouve trop court, que l'on exerce sur le placenta, des tractions excessives, que cet organe présente des adhérences anormales ou s'insère sur le fond de l'utérus, l'inversion partielle va se produire, le plus souvent à l'insu de l'accoucheur.

Le fond de la matrice, et non comme le soutenait Rokitsky la zone d'implantation placentaire paralysée, ce fond, dis-je, va alors se déprimer en cul de bouteille (Mauriceau), continuer sa descente pendant les jours suivants et l'inversion va bientôt devenir apparente. On explique ainsi cette inversion tardive qui n'apparaît que longtemps après l'accouchement. Mais il est bien sûr que pendant les suites de couches, cette inversion peut également trouver des circonstances très favorables et c'est dans la pression abdominale qu'en serait la cause principale; « une fois l'inversion amorcée les contractions de la portion non inversée de l'utérus expulseront, comme un corps étranger, le segment déjà invaginé.

Lorsque cette inversion est produite, si elle n'est pas réduite aussitôt, car la désinvagination se produit bien ra-

rement d'elle-même, cet utérus inversé va subir dans cette position, le même travail de régression qu'il aurait subi dans la position normale.

Après un mois et demi, deux mois au plus de ce processus le dernier degré de l'involution est atteint ; l'inversion est chronique. Le col ou mieux l'isthme est rétréci et dans certains cas peut jouer le rôle de lien constricteur enserrant la partie invaginée de la matrice et produisant le sphacèle de cette partie.

L'Irréductibilité à ce moment est parfois absolue et nombreuses sont les causes de cette irréductibilité : d'abord, *la contraction* ou le spasme du muscle utérin, qui se produit même quand la lésion est ancienne ainsi que le prouve l'observation de Valentin de Vitry qui l'a vue se produire à chaque tentative de réduction manuelle dans une inversion chronique datant de seize mois ; ensuite, *la congestion*, l'œdème même, dû à la compression des vaisseaux et surtout des veines par le col, *la mobilité utérine* qui vient compliquer toutes les tentatives de réduction, la *péritonite infundibulaire*, parfois l'*incoercibilité* utérine qui est un état particulier de la matrice ayant perdu toute contractilité, et enfin un état spécial de sclérose, *de cartonisation* des tissus utérins, que Barnes et Gaillard Thomas, considèrent comme l'obstacle principal à la réduction.

Cette inversion chronique peut se présenter à nous avec ou sans prolapsus. Le premier cas est très rare et peut s'accompagner d'ulcérations de la muqueuse utérine qui se cutanise par frottement. Dans le second cas, le vagin est rempli par la masse utérine inversée, et l'erreur classique est de la confondre avec un polype expulsé au dehors de la cavité. On a bien donné comme signe distinctif la sensi-

bilité de la muqueuse utérine par rapport à l'insensibilité de la surface du corps fibreux, mais c'est là un signe bien infidèle; il a été discuté et n'a pas grande valeur. Cependant le diagnostic entre un utérus inversé et un polype accouché par le col ne peut rester longtemps en suspens, car la palpation bimanuelle permettra de s'assurer que l'utérus n'est pas derrière le pubis et que c'est lui qui remplit le vagin. Un diagnostic plus difficile est à faire entre une inversion simple et une inversion compliquée de tumeur; ce ne sera là que l'examen attentif de la région, faite sous anesthésie qui pourra lever les doutes.

Il est utile en effet de faire un diagnostic ferme pour avoir une ligne de conduite bien déterminée. De toute manière le chirurgien doit intervenir et c'est ici où l'on peut dire que le nombre des avis et des opinions émises est presque aussi nombreux que celui des observations publiées. Dans quelques cas bien rares, on a vu des femmes, porteuses d'inversion utérine se livrer à leur train de vie habituel, quelques-unes ont pu se livrer à des rapports sexuels. Chevreul d'Angers cite même le cas extraordinaire d'une femme qui fut fécondée, l'avortement eut lieu au troisième mois. Mais le danger de ces inversions non traitées réside surtout dans les hémorragies favorisées par la vascularisation intense du tissu utérin, vascularisation augmentée encore par la congestion et la stase qui y règnent. Au moment des règles cette congestion atteint son maximum et l'on a pu constater à cette époque des hémorragies foudroyantes. Il suffit de la moindre des causes pour favoriser la perte du sang et les malades arrivent à un état d'anémie extrême pouvant amener la mort.

Il y a ensuite des douleurs qui dans les inversions chro-

niques consistent en un état de pesanteur, de gêne dans le bas ventre dû au tiraillement du péritoine par la matrice en mauvaise position. La malade ne peut vaquer à ses occupations, souffre continuellement et présente outre les phénomènes locaux cet ensemble de troubles généraux et réflexes que l'on nomme syndrome utérin.

On constate encore chez ces malades de la leucorrhée, de la gêne dans la miction, dans la défécation de l'incontinence, et Bonte rapporte le cas de malades obligées pour uriner ou déféquer de refouler avec la main l'utérus qui comprimait l'urètre et le rectum.

En présence de tels cas, la ligne de conduite est bien nette et le chirurgien a le devoir de réduire cette inversion.

Les méthodes non sanglantes sont à essayer, mais elles donnent bien rarement des résultats appréciables. A ce stade l'inversion est irréductible et quoiqu'en pense Hoffmeier, nous pouvons affirmer avec de nombreux auteurs, l'observation n° 1 relatant le fait où tous les moyens de réduction manuelle furent insuffisants et où le procédé du stéthoscope de Pouey de Montevideo est resté sans résultat, nous pouvons affirmer qu'il est des cas où le chirurgien sera obligé d'appliquer des méthodes sanglantes.

Nous ne discuterons pas ici, les avantages et les inconvénients des diverses interventions. Nous allons exposer dans le chapitre suivant les résultats obtenus par la colpohystérotomie antérieure et postérieure. Nous exposerons ensuite les raisons pour lesquelles ces procédés nous paraissent actuellement devoir détrôner tous ceux en honneur jusqu'ici.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Monsieur le Professeur Voron a bien voulu nous donner l'observation de cette malade que ses relations personnelles lui ont permis de posséder dans son service. Nous nous en félicitons d'autant plus que l'intérêt de ce cas est plus grand. L'étiologie est des plus nettes, le traitement fait par M. Laroyenne a donné d'excellents résultats et l'ensemble des faits concourt à appuyer notre thèse et à étayer nos conclusions.

OBSERVATION I

S... Hortense (femme Comte), âgée de 23 ans.

Ne présente aucune affection antérieure sauf une scarlatine à deux ans. Pas de signes de bacillose ni de spécificité.

Elle a été réglée à 14 ans et l'a toujours été régulièrement depuis. Elle s'est mariée à 22 ans, son mari est en bonne santé.

Les dernières règles ont eu lieu le 6 Juin 1912 et la grossesse a été très bien supportée sans aucun accident.

L'accouchement a eu lieu le 23 mars 1913. Les douleurs débutèrent le 22 vers 8 heures du soir, furent peu intenses et très bien supportées pendant toute la nuit. La sage-femme vint le 23 vers 9 h. 1/2 ; elle rompit aussitôt la poche des eaux et fit séance tenante une application de forceps. Autant que la malade peut préciser, le toucher fut fait sans que la sage-femme se soit lavé les mains, et le forceps appliqué sans qu'il fut préalablement flambé, bouilli, ou même passé à l'eau chaude. Ceci se passait entre 9 h. 1/2 et 10 h. 1/2 et la naissance eut lieu vers 10 h. 1/2.

Immédiatement après la naissance, et sans qu'elle soit descendue du lit sur lequel elle était montée pour l'application du forceps, la sage-femme se mit en devoir de pratiquer la délivrance ; elle enroula le cordon autour de sa main et pratiqua sur celui-ci des tractions si violentes qu'il laissa sur sa main un sillon circulaire, semblable, nous dit la malade, à celui que produit une ficelle très serrée.

Cette délivrance fut suivie d'une hémorragie très abon-

dante, la douleur fut très vive, et la malade souffrit beaucoup plus pour cette délivrance que pour l'accouchement lui-même. Le délivre fut déclaré complet par la sage-femme sans que l'on puisse rien affirmer ; mais il semble que pendant les quelques jours qui suivirent la malade eut de la fièvre et présenta un état général assez mauvais. Le lendemain de l'accouchement elle put uriner seule, mais pendant cinq jours on dut la sonder.

Le 9^e jour la malade se leva.

Depuis le jour de l'accouchement, et avec des périodes de calme qui ne dépassèrent pas trois jours, la malade eut des pertes rouges très fétides et assez abondantes.

Ces pertes persistent actuellement et ce sont elles qui ont décidé la malade à venir à l'Hôtel-Dieu.

La malade nous dit de plus, que huit jours après son accouchement, en allant à la selle, elle eut la sensation d'un corps étranger dans le vagin, et constata un prolapsus utérin à travers la vulve. La sage-femme consultée affirma que ce n'était là qu'un effet de la faiblesse consécutive à l'accouchement, mais deux médecins conseillèrent à la malade de venir à Lyon.

Actuellement la malade qui paraît très anémié, se plaint de pertes abondantes survenant à l'occasion de mouvements un peu brusques, de fatigues, ou de marches prolongées.

Examinée après deux jours de repos, on ne constate pas de prolapsus externe, même sur la malade debout.

Le toucher permet de sentir, presque à l'entrée du vagin, une masse allongée, cylindro-conique, à sommet mousse, qui pourrait à la rigueur rappeler le col utérin mais qui ne présente à son sommet aucun orifice. Le doigt plongeant

plus profondément dans les culs de sac latéraux, perçoit sur le pourtour de la masse première, comme une collerette serrée qui la limite et qui l'étrangle. Il s'agit à n'en pas douter de la saillie conique de la face interne de l'utérus violemment inversé lors de la délivrance brutale pratiquée par la sage-femme, et la collerette correspond au col utérin au travers duquel s'est produite l'inversion.

La masse sur laquelle arrive le doigt est de consistance assez dure, un peu congestionnée donnant au toucher une sensation grenue.

10 Juillet. Sous anesthésie générale à l'éther on tente une réduction manuelle de l'inversion. Deux pinces sont placées sur la collerette donnée par le col, et l'on essaie avec une main de faire passer la masse de l'utérus à travers cet orifice, l'autre main abdominale fixant cet utérus.

On arrive peu à peu à repousser le prolapsus jusqu'à l'orifice, mais malgré des efforts répétés successivement par l'une et l'autre main, on a l'impression que l'on ne peut aller plus loin.

Devant l'insuccès de ce résultat, on conseille à la malade une intervention sanglante à laquelle elle se décide. Elle entre le 25 Juillet à l'Hôpital Saint-Pothin dans le service du professeur Agrégé Larroyenne.

Elle présente dans ses urines un léger disque d'albumine.

Le 26 Juillet. On pratique également sans succès des essais de réduction manuelle.

Le lundi 28 Juillet. On essaie de réduire l'inversion par un procédé assez nouveau appelé procédé du Sthétoscope.

L'Anesthésie générale est faite à l'éther. On prend un

sthétoscope dont le grand pavillon est percé de six trous dans lesquels on place des tubes en caoutchouc. On place le petit pavillon sur le fond utérin et l'on fixe le sthétoscope au moyen de six crins placés d'une part sur le col et attachés par l'autre extrémité aux tubes de caoutchouc.

Le sthétoscope fût laissé en place quatre jours et nettoyé pendant cet intervalle.

Le jeudi 7 Août. La réduction n'ayant pu être obtenue par ce procédé, on se décide à intervenir chirurgicalement.

On pratique une troisième fois l'anesthésie générale à l'éther. On incise le cul de sac postérieur, puis étant assurés que l'infundibulum d'inversion ne contenait aucun organe susceptible d'être atteint par l'incision, on glisse des ciseaux, sur le doigt explorateur laissé en place et qui sert de guide pour sectionner la paroi utérine sur la ligne médiane. Cette section est prolongée jusqu'au fond de l'organe. La réduction est alors obtenue en repoussant en arrière avec les doigts la face antérieure de l'utérus tandis que les deux lèvres de l'incision sont ensuite retournées en avant de façon à ce que la muqueuse redevienne interne et que la séreuse redevienne externe (Procédé de Duret).

Les sutures sont faites du fond de l'organe jusqu'à l'isthme, en deux plans, muco-muqueux en surget et musculo-séreuse à points séparés. On réintègre l'utérus dans le pelvis en lui faisant traverser la boutonnière vaginale.

25 Août. La température restée dans la normale depuis l'intervention, monte brusquement. On fait un examen qui révèle une rétention utérine.

On place un drain qui reste quatre jours et la température revient à la normale.

22 Septembre. Rien à signaler depuis la dernière élévation de température. La malade a eu ces jours derniers quelques pertes rouges qui doivent être ses règles. Elle a quelques pertes blanches très légères. L'albumine persiste et les urines sont troubles. Cette albumine ne semble pas d'origine rénale.

Le toucher nous montre un col utérin présentant en arrière une encoche qui est la cicatrice de l'incision.

En arrière du col dans le cul de sac postérieur, on sent une induration qui est aussi la cicatrice de l'incision vaginale.

Le corps utérin est repéré à l'hystéromètre qui pénètre sans trop de difficultés. Il paraît être en antéversion, le fond légèrement à gauche de la ligne médiane.

On compte cinq centimètres de pénétration, ce qui paraît correspondre à une dimension normale étant donné la fente postérieure du col.

A droite de la ligne médiane et en arrière on sent une petite masse appartenant au col et sur la nature de laquelle on n'est pas fixé.

Le 20 Octobre. La malade qui est revenue chez elle, depuis près d'un mois a revu ses règles depuis quelques jours en faible quantité et sans souffrance. Elle a après ses époques quelques pertes jaunâtres en faible quantité également.

Actuellement, *le 3 novembre*, elle ne ressent aucune souffrance, ni couchée ni debout. Elle peut se livrer à toutes

les occupations et se trouve absolument comme par le passé. Son état général est excellent. Tous les appareils fonctionnent normalement.

OBSERVATION II

A M. le P^r Pollosson A.

(In thèse Wies. Lyon 1911)

Octobre 1909. H. Adeline, 27 ans. Réglée à 17 ans toujours régulièrement. Mariée à 20 ans. Eut un accouchement à terme en Juin 1909, il y a cinq mois. Elle fut accouchée par la sage-femme du village. La malade, perdant assez abondamment, on fit, d'après ce qu'elle nous raconte des tractions assez énergiques sur le cordon, qui réussirent à amener le placenta.

L'expulsion du placenta fut suivie pendant vingt-quatre heures de douleurs assez violentes pour faire croire à la malade et à son entourage, qu'elle allait accoucher d'un second enfant.

Depuis son accouchement la malade perd continuellement en rouge. Elle est considérablement anémiée.

Signes physiques. Au toucher on sent dans le vagin une masse arrondie, granuleuse, du volume d'un œuf. Cette masse, est entourée à sa base, sur tout son pourtour par le col. Le toucher rectal montre qu'il n'y a pas de fond utérin dans l'abdomen.

12 Octobre 1909. Intervention par colpohystérotomie postérieure. On incise d'abord la bride formée par le col en arrière, puis on prolonge l'incision sur la face postérieure de l'utérus jusqu'au fond.

Réduction de l'inversion par retournement de l'utérus, puis suture de la tranche de section en commençant par le fond et en le prolongeant jusqu'au col. A ce moment on réduit l'utérus dans le péritoine par l'orifice de la colpotoomie postérieure et on achève de suturer la portion vaginale du col.

On ne ferme pas l'orifice du Douglas, on laisse une mèche.

Suites opératoires. Les suites opératoires ont été très simples et la malade est partie du service parfaitement guérie.

15 novembre 1913. Nous avons pu avoir des renseignements sur l'état de la malade depuis son opération et sur son état actuel.

Elle a été régulièrement réglée depuis l'opération, elle avait au moment de ses époques quelques pertes blanches. Actuellement elle continue à voir ses règles tous les mois, mais elle a des pertes jaunes.

Elle ne souffre pas au moment de ses époques et n'a présenté aucune grossesse depuis l'opération.

Son état général est très bon, elle se plaint simplement de légères douleurs dans les reins. Tous les appareils fonctionnent bien.

OBSERVATION III

A M. le Prof, ag. Gayet.

(In Lyon Médical 1901)

Delphine G. couturière, demeurant à St-Agrève (Ardèche) entre à la Charité, Salle Ste Madeleine, le 22 Septembre 1901.

Réglée à 15 ans, mariée à 20, elle est accouchée en août 1900, à son domicile, sans autre assistance que celle d'une matrone de village. Elle aurait perdu beaucoup de sang et se serait évanouie au moment de la délivrance. Les jours suivants, hémorragies très abondantes. Depuis cette époque elle n'a cessé de perdre beaucoup de sang, il y avait aussi une leucorrhée continue. Elle vit trois médecins : les deux premiers diagnostiquèrent un polype fibreux, le dernier l'envoya à la Charité car les pertes se sont aggravées depuis cinq semaines et l'état de la malade décline.

Etat actuel : Jeune femme aux tissus décolorés, amaigrie, très faible. Au toucher le doigt rencontre dans le vagin une tumeur arrondie, lisse, régulière, très mobile et de consistance ferme, mais élastique. Son volume est celui d'une mandarine. Le doigt la contourne aisément, et on sent les lèvres du col formant une collerette autour du pédicule, avec sillon circulaire. Le palper bimanuel permet de reconnaître l'absence de l'utérus à sa place normale.

A l'inspection, en écartant les parois du vagin avec les valves, on voit une tumeur rosée, présentant par places

des taches blanchâtres analogues à de la leucoplasie buccale. La surface saigne au moindre contact, elle palit sous la pression, et lorsqu'on la comprime un moment, la tumeur diminue sensiblement de volume. Le sillon circulaire qui contourne le pédicule, est peu profond et s'efface à la moindre traction sur la tumeur. Tous ces signes indiquent bien une inversion totale de l'utérus dans le vagin.

Immédiatement, on endort la malade à l'éther et on procède à des manœuvres de taxis de la manière suivante : Quatre pinces de Museux sont amarrées à égale distance les unes des autres sur l'anneau d'étranglement, qui n'est autre que le col lui-même. Ces pinces servent à fixer cet anneau et sont tenues par des aides, pendant que comprimant le corps avec les doigts de mes deux mains, je presse sur le fond avec les deux pouces. Ces manœuvres permettent une réduction partielle, mais le fond est trop volumineux pour passer : la muqueuse saigne abondamment, les pinces menacent de dilacerer le col, bref il nous faut renoncer à cette réduction immédiate et tenter d'obtenir mieux par une pression continue dans le vagin. Cette compression est instituée par un tamponnement très serré de fortes mèches de gaze iodoformées, glycinées. Au bout de six jours on enlève les mèches et l'on constate que loin d'être réduit, l'utérus a perdu le terrain gagné par le taxis et qu'il est exactement dans le même état qu'à l'entrée de la malade. Je me décide alors à une intervention sanglante que je pratique le 29 septembre. »

L'opération qui fut pratiquée fut la colpohystérotomie antérieure. Cette voie d'accès ayant paru préférable, parce que le cul de sac postérieur est masqué souvent par la tumeur qui remplit le vagin, parce que les sutures se font

plus aisément, et parce que les adhérences vicieuses en arrière et la rétroversion sont moins à craindre.

Les suites opératoires présentèrent quelques accidents. Température à 40°2 le lendemain. Pouls à 128, bref violente réaction péritonéale que l'auteur attribue au catgut chromique dont l'asepsie ne fut pas suffisamment contrôlée et qui s'est montré très nettement coupable chez un autre malade où il provoqua les ennuis d'une élimination tardive.

Le 7 Octobre. La température retombe à la normale, la malade se sent très bien, l'appétit est revenu. Toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement.

Enfin le 22 Octobre la malade quitte l'hôpital définitivement guérie.

Nous avons pu retrouver cette malade qui a depuis présenté une grossesse et nous avons eu les renseignements suivants.

Depuis l'opération elle a été régulièrement réglée, mais elle a quelques petites pertes après ses époques. Elle ne souffre aucunement, ni pendant, ni dans les intervalles de ses règles.

Actuellement elle allaite un bébé de huit mois et demi qui est en parfait état de santé. La grossesse a été normale, elle n'a présenté aucun accident. L'accouchement a été lui aussi normal et la délivrance qui a été surveillée par M. le docteur de St-Agrève n'a présenté rien de particulier.

Tous ses organes fonctionnent normalement et l'opération ne paraît pas avoir laissé de traces.

CHAPITRE III

HISTORIQUE des divers Procédés de Réduction de l'Inversion utérine

L'Inversion utérine, beaucoup plus fréquente autrefois qu'aujourd'hui, avait été de la part des accoucheurs et des chirurgiens l'objet de travaux nombreux. Les méthodes de taxis, réglementées dans leurs moindres détails, les pessaires de toutes sortes, les méthodes de refoulement instrumental, enfin les méthodes sanglantes avec d'innombrables techniques ont été successivement préconisées et souvent d'ailleurs aussi vite oubliées. Nous dirons un mot des principales de ces méthodes, de leurs moments de vogue et de décadence, nous exposerons brièvement quelques opéra-

tions, qui ont été en honneur, et nous essaierons de montrer la série des étapes par où est passée la technique chirurgicale pour aboutir à une intervention vraiment conservatrice et bénigne telle que la colpohystérotomie postérieure (Technique de Duret) ou antérieure (Technique de Kehrer.

Les procédés les plus simples ont consisté, dans le repos au lit, les douches vaginales d'eau fraîche, quelquefois d'eau chaude et le massage pour atténuer la congestion et amener le retour des tissus à leur volume primitif.

Martin d'Orléans en 1853 cite le cas d'une jeune fille atteinte d'une inversion datant de près d'un mois et qui fut guérie par ce procédé.

Lorsque le chirurgien est obligé d'intervenir, sa première idée est de refouler la tumeur utérine avec la main, de pratiquer ce qu'on appelle le taxis. Ces manœuvres ont été réglées par les auteurs qui voyaient un avantage à les pratiquer de telle ou telle manière et on a décrit successivement trois méthodes différentes selon que l'on agit sur le centre, la périphérie, etc.

1° La méthode de Viardel ou procédé de refoulement central.

2° La méthode de Deleurge ou procédé de refoulement latéral.

3° La méthode d'Amand ou procédé de refoulement périphérique.

Nous ne décrirons pas en détail ces trois méthodes qui présentent chacune une technique un peu spéciale. Ces mouvements de taxis doivent toujours être dirigés selon les axes du bassin, tous les auteurs sont d'accord sur ce point, mais la divergence d'opinions commence lorsqu'il s'agit

de savoir le moment de les pratiquer et le moment où il faut les interrompre.

Malgaigne attendait la période menstruelle pour avoir des tissus plus souples et plus mous. D'autres auteurs au contraire attendent la cessation des règles pour ne pas s'exposer aux hémorragies. Enfin While, Buffalo, nous prétendent qu'il faut pratiquer ce taxis avec force et ne pas tenir compte des obstacles alors que la plupart des chirurgiens recommandent au contraire une grande prudence et beaucoup de douceur.

Un autre procédé de taxis assez particulier, est celui de Courty, et il paraît entre ses mains avoir donné quelques bons résultats.

Le taxis manuel est évidemment une méthode de choix qui réussit quand l'inversion est récente, et que l'on pourra employer, mais si le taxis manuel est encore de mise, le taxis instrumental par contre est complètement tombé dans l'oubli. Wiardel avait préconisé un repoussoir en forme de baguette de tambour. White, un instrument en forme de cupule et il est inutile de citer la liste trop longue de tous les appareils inventés à cet effet.

En 1833, les chirurgiens lyonnais cherchaient avec persévérance la solution du problème de la réduction des inversions anciennes. A Paris et dans les autres écoles de médecine on considérait cette affection comme étant au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Bouchet fils, de Lyon, fit alors construire un appareil, dont il attendait les meilleurs résultats, il nous en donne la description. Il devait agir sur la tumeur par la pression continue pour imprimer à cette tumeur un mouvement ascensionnel qui lui ferait traverser la circonférence du col

et la ramènerait à sa place primitive. Cet appareil se composait de deux cuillers en argent analogues à celles d'un forceps, embrassant le contour de la tumeur. Ces cuillers étaient garnies à leur intérieur d'une lame d'éponge recouverte d'une peau de boudin huilée pour ne pas irriter la surface de la muqueuse utérine. L'éponge en se gonflant par l'humidité du milieu où elle se trouvait, devait peu à peu refouler l'utérus à sa place.

C'était là le principe de la pression continue, principe que l'on devait depuis essayer d'appliquer avec des appareils si nombreux et qui devait bien souvent mettre l'ingéniosité, et l'imagination des chirurgiens et de gynécologues à l'épreuve.

C'est encore à Lyon qu'un chirurgien Anglais, Tyler Smith, se servit, pour la réduction d'une inversion, du pessaire à air de Gariel, destiné, dans l'esprit de son auteur, à un tout autre usage. Ce chirurgien eut des succès, il en publia, en 1858, dans le *Médical Times And Gazette*.

Le Colpeurynter, qui a joui en Allemagne d'une si grande vogue et qui, d'après Kronner, donne des résultats analogues au pessaire de Gariel, n'est en effet qu'une variante de cet appareil puisque c'est l'eau qui remplace l'air, et il est l'analogie du ballon de Champetier dont on s'est servi parfois.

Ce pessaire à eau a donné lui aussi de nombreux succès, même dans de vieilles inversions.

Aveling a préconisé lui, un appareil qu'il a nommé « repositôr » qui est un pessaire à bandes élastiques, avec lequel il prétend aussi avoir eu des résultats.

Enfin, en 1897 Pouey, de Montevideo, décrit dans la *Gynécologie*, un procédé que l'on a appelé depuis procédé

Sthétoscope, car il se sert d'un de ces instruments pour réduire l'inversion. M. le professeur Laroyenne a employé ce procédé sur la malade de l'observation n° 1, et nous nous permettrons, à ce sujet, d'entrer un peu plus longuement dans les détails de cette technique.

Ce procédé se réalise de la façon suivante :

On passe 6 gros fils de soie équidistants à travers le col de l'utérus, on attache ces fils à des tubes élastiques qu'on fixe à la périphérie du pavillon d'un sthétoscope dont la cupule est placée sur le fond de l'organe. On produit ainsi une pression douce sur le fond de l'utérus qui se trouve alors poussé dans l'intérieur d'un canal qui n'est autre que la cavité cervicale, canal dont la longueur augmente progressivement par suite de la traction exercée sur le col. Si l'on désire employer ce procédé, il est utile de connaître les détails suivants.

Tamponnement préalable.

On fera bien de tamponner le vagin à la gaze iodoformée pendant assez longtemps avant l'application de l'appareil, dans le but de permettre à la femme de se rétablir des hémorragies énormes qu'elle a dû subir du fait de son inversion, d'assurer l'asepsie des voies génitales et de ramollir quelque peu l'utérus.

Le sthétoscope employé est droit. Il doit mesurer environ 14 cent. de longueur, avoir une petite cupule. Il est indifférent qu'il soit en métal ou en caoutchouc durci. Il portera à la périphérie du pavillon, six trous qui serviront à passer des fils de soie. On aura soin de recouvrir la cupule appliquée sur le fond utérin d'une petite compresse de gaze iodoformée qui sera très épaisse au niveau du point comprimé.

Le Sthétoscope placé doit avoir une situation telle que la propulsion s'exerce suivant l'axe du cylindre creux qui constitue le pédicule de l'utérus inverti. On verra alors le point comprimé former une dépression sur le globe qui prend plus ou moins la forme d'un disque en même temps qu'on voit la lèvre utérine s'avancer vers la vulve, et la partie non invertie du col s'allonger. A ce moment le fond de l'utérus est à la hauteur de l'orifice externe. Il doit alors s'engager à travers un orifice inférieur dans un filière dont la longueur diminue progressivement par la dilatation de son orifice supérieur qui s'évase en entonnoir, dilatation qui est opérée par la traction excentrique qu'exercent les fils placés sur le col.

On doit laisser le sthétoscope appliqué jusqu'à réduction de l'inversion. La durée d'application varie de quelques heures à plusieurs jours et doit se régler d'après l'effet nuisible produit par la petite cupule sur le fond de l'utérus. Ce procédé, nous dit l'auteur, doit être appliqué quelle que soit l'ancienneté de l'inversion et l'on comprend que, étant donné son mode d'action, il doive réussir même quand il existe des adhérences entre les feuillets du péritoine qui recouvre le fond de l'utérus.

Nous avons vu ce procédé échouer dans le cas que nous publions, malgré les succès que Douey nous dit avoir obtenus.

Enfin, comme procédé de pression continue, on peut encore citer le tamponnement avec de la gaze iodoformée glycerinée. Il a donné lui aussi quelques succès et a pour avantages vraiment réels d'être à la portée de tout le monde, de ne demander aucun instrument spécial, de n'offrir aucun danger et d'arrêter les hémorragies.

M. le professeur A. Pollosson, dans la thèse de Léon Taste (1897), a publié une observation de succès obtenu de cette manière.

Malheureusement, ainsi que nous l'avons dit plus haut, il est des cas où les chirurgiens, du fait de l'irréductibilité de l'inversion, se sont trouvés en présence de difficultés insurmontables par les moyens que nous venons de décrire.

Aussi pour réduire les utérus inversés, ont-ils imaginé des procédés sanglants, soit de débridement soit de section, et tour à tour chacun d'eux a été en honneur. Nous allons maintenant dire un mot de chacun d'eux.

Procédés sanglants. Les procédés sanglants d'intervention au cours de l'inversion utérine sont divisés par tous les auteurs, en procédés conservateurs, et procédés d'ablation.

Les méthodes d'ablation ont été le plus anciennement employées, et avant l'ère aseptique, il fallait de la hardiesse ou de la témérité pour songer à des opérations dont les suites pouvaient être des plus graves.

Parmi les méthodes d'ablation, il faudrait en citer de nombreuses, et les chirurgiens ont pratiqué cette ablation de bien des manières différentes.

L'excision de l'utérus employée pour la première fois par Langenbeck pour un prolapsus, a été perfectionnée par Higgins et Velpeau. Bradley, Denue l'ont employée également avec quelques petites variations dans la technique, mais les résultats ne furent jamais encourageants. La mortalité était assez élevée et se maintenait à un taux de 38 à 40 pour cent, nous dit Acquaviva; aussi fut-elle vite rejetée

et essaya-t-on de la remplacer par des techniques nouvelles.

On avait essayé de remédier à la violence des hémorragies provoquées en plaçant un lien au préalable sur l'utérus inversé, mais pas plus que la précédente cette technique ne put prévaloir.

On a eu recours ensuite à des appareils spéciaux tels que l'écraseur linéaire de Chassaignac ou le constricteur de Maisonneuve. Leurs inconvénients furent aussi plus graves que les avantages que l'on pouvait retirer de la méthode, et bien vite ces appareils barbares tombèrent dans l'oubli. Aran en France, Marron Sims, Mac Clintoch à l'étranger essayèrent cette technique. Le taux de la mortalité restait toujours élevé, et ne fut pas inférieur au précédent.

C'est encore un chirurgien lyonnais, Valette, qui lança une méthode nouvelle, et qui eut l'idée d'employer la cautérisation pour sectionner les tissus utérins sans s'exposer aux hémorragies formidables qui étaient l'apanage de toutes les autres méthodes d'ablation. Il se servait pour cela, d'une pince spéciale qu'il avait fait construire, et dont les mors cannelés recevaient dans leur rainure, de la pâte de Canquoin. Il enserrait auparavant l'utérus dans un fil métallique et plaçait sa pince au-dessous de la ligature.

Spencer Wells, lui, eut l'idée d'employer l'électricité et l'anse galvanocaustique. Il combina cette méthode d'exeresion à celle de la ligature élastique et prétend avoir eu de bons résultats.

La ligature simple de l'utérus avait été pratiquée pour la première fois au XIII^e siècle par Vieussens et Dumas. Elle fut plus tard perfectionnée par Desault, Baudelocque-Faivre, Bouchet, Gaulard, et nombreux sont les chirurgiens

qui les suivirent dans cette voie. Elle donna de bons résultats nous disent les auteurs, et on fabriqua même des appareils plus ou moins compliqués destinés à augmenter progressivement la tension du lien constricteur, tels que le serre-nœud de Levret.

Enfin Périer pour obvier à l'inconvénient des constrictions intermittentes, se servit de liens de caoutchouc qui à l'aide d'un instrument très simple se tendaient de plus en plus. Périer eut d'excellents résultats; on appliqua longtemps sa technique et sa méthode, et il publia de nombreux succès. Il n'eut même aucun cas de mort. Cependant aujourd'hui où les progrès de l'asepsie nous permettent toutes les hardiesses opératoires, l'hystérectomie vaginale totale a pris la place de toutes ces vieilles techniques, les a rejeté dans l'ombre, et elles n'ont plus aujourd'hui pour le chirurgien qu'un intérêt historique et documentaire. C'est en effet l'hystérectomie totale vaginale que l'on pratiquera toutes les fois qu'il faudra enlever l'organe, et la technique là est si bien réglée dans tous ses détails que l'on peut la considérer comme étant d'une bénignité absolue.

Nous n'insisterons pas sur la pratique de l'hystérectomie vaginale. C'est aujourd'hui l'opération en faveur, mais il faut bien savoir que l'on ne doit se résoudre à l'employer que lorsque on a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique, et en particulier tous les procédés de chirurgie conservatrice dont nous allons dire un mot maintenant.

Nous les passerons successivement en revue, et l'on se rendra compte de tous les procédés de transition qui ont amené la chirurgie à la colpohystérotomie.

Beaucoup de procédés conservateurs, ne sont que de timides essais et la mise en pratique d'idées qui auraient pu

être fécondes, mais le manque d'asepsie de ces opérations rendaient les résultats bien peu encourageants, arrêtaient et paralysait l'audace des chirurgiens. Cependant la possibilité de conserver à la femme un organe aussi essentiel que la matrice devait tenter bien des praticiens.

Les premiers tels que Grillo Millot qui ont pratiqué des opérations conservatrices sanglantes s'imaginant que l'obstacle principal à la réduction venait de l'étranglement produit par le col, pratiquaient sur ce col des incisions en différents points afin de le rendre dilatable, de le débrider.

Barnes modifia la technique de ce procédé en abaissant l'utérus au moyen de pinces et en prolongeant les incisions sur l'anneau rétréci qu'il pouvait ainsi apercevoir. Il n'eut pas les résultats attendus, car toutes ces opérations présentaient de graves inconvénients.

Enfin Gaillard Thomas en 1869, fit connaître au monde chirurgical une opération qui à ce moment paraissait devoir parer à toutes les critiques que l'on faisait aux autres, mais qui fut aussi après un moment de gloire vite laissée de côté, en face des résultats qu'elle obtint.

Thomas incisait la région hypogastrique sur la ligne médiale, refoulait le péritoine, arrivait ainsi sur l'utérus inversé dont il pouvait réduire les adhérences et dilater au moyen d'appareils, l'anneau d'étranglement. L'opération est facile, mais les suites furent désastreuses.

L'auteur perdit une opérée sur deux. Malins en 1885, Mundo en 1889, durent terminer leur opération par une amputation de l'utérus. Baldy en 1891 n'eut pas plus de succès.

Malgré tout Gaillard Thomas fit faire un grand pas à la chirurgie conservatrice, et si ses opérations eurent des in-

succès, elles donnèrent au moins aux chirurgiens qui suivirent la certitude qu'il y avait dans la clinique conservatrice une voie féconde où il fallait encore chercher.

En 1894, Otto Kustner publia un procédé qui fut employé pendant longtemps, et qui ne céda la place qu'à la colpohystérotomie.

Le procédé de Kustner était le suivant :

1° Incision large du cul de sac de Douglas.

2° Introduction d'un doigt dans l'anneau d'étranglement, et s'il y a lieu décollement des adhérences.

3° Incision médiane et longitudinale de la face postérieure de l'utérus.

4° Réduction de l'utérus inversé, l'index fixe le col par le cul de sac postérieur, et le pouce de la même main repousse le fond de la matrice.

5° Suture de la paroi utérine à la paroi péritonéale par des fils superficiels et profonds.

6° Suture de l'incision postérieure.

Cette opération eut des succès, elle eut ses partisans et on en trouve de nombreuses observations en Suède.

En 1899, Carl Everke, modifie le procédé de Thomas et au lieu de dilater l'anneau d'étranglement, il pratique des incisions sans se servir des pinces dilatatrices.

Backer Brown lui le modifie dans un autre sens, et c'est par la voie du cul de sac de Douglas, qu'il va attaquer et essayer de dilater le col rétréci au moyen des mêmes instruments que Thomas.

Enfin en 1902, Monsieur le Professeur Duret qui avait dans la réduction d'une inversion, échoué par la méthode de Küstner, proposa la colpohystérotomie postérieure avec une technique un peu spéciale, comme traitement de l'inversion chronique. Nous n'entrerons pas dans les détails de cette technique et nous indiquerons simplement les principaux temps de l'opération.

1° Incision du cul de sac postérieur (méth. de Duret), ou antérieur (méth. de Kehrer).

2° Incision verticale médiane après s'être assuré au moyen du doigt placé dans la première incision qu'il n'y a aucune adhérence ni aucun organe dans le cul de sac utérin.

3° Réduction de l'inversion.

4° Reconstitution par suture du col utérin jusqu'à l'isthme.

5° Reposition de l'utérus.

6° Reconstitution du col utérin et Drainage.

Nous passerons maintenant en revue les avantages et les inconvénients de toutes les méthodes que nous avons exposées jusqu'ici. Nous indiquerons enfin quelles sont les raisons qui font que la colpohystérotomie postérieure ou antérieure est encore l'opération de choix dans tous les cas d'inversion où les procédés non sanglants ont échoué.

CHAPITRE IV

Avantages et Inconvénients des divers Traitements

De tous les traitements qui ont été préconisés pour la réduction de l'inversion utérine, bien peu sont restés en honneur de nos jours, et bien peu ont résisté à la critique du temps.

Presque tous ont été définitivement jugés sur les résultats plus ou moins mauvais qu'ils ont donnés, et si pour chacun d'eux, on a eu quelques succès encourageants, la liste est plutôt longue des échecs éprouvés.

Les traitements les plus simples tels que les douches, d'eau chaude ou d'eau fraîche, sont trop anodins pour amener un résultat quelconque. Ils exposent de plus la malade

à avoir pendant la période de traitement des hémorragies graves mettant sa vie en danger.

Quant au taxis, que l'on essaie d'employer encore toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une inversion, il faut bien savoir qu'il ne peut être employé que par des mains expérimentées. L'anesthésie générale est de plus presque toujours nécessaire si l'on veut éviter des souffrances cruelles. Enfin ces manœuvres ne sont pas exemptes toujours de dangers. Depaul, Nelaton, ont vu la rupture de l'utérus. Le Choptais, Bolbec, ont vu l'intestin faire hernie à travers une déchirure. Cette méthode compte à elle seule plusieurs cas de mort et ne peut réussir d'ailleurs que dans les inversions récentes. Elle doit être appliquée pendant longtemps, est très pénible pour le chirurgien et expose la malade à des hémorragies sérieuses. Elle a été pratiquée sans succès dans les trois cas que nous publions.

Taste, dans une thèse de Lyon de 1897, juge ainsi ces méthodes : « Il ne faut pas perdre de vue que les tentatives de réduction les plus bénignes en apparence ne sont pas toujours inoffensives et exemptes de dangers.

C'est ainsi qu'on a pu voir à leur suite, des ruptures utérines, des déchirures de l'intestin avec hernie de l'intestin au dehors, des péritonites et une mort rapide. »

West (1) a relevé un cas de mort à la suite de la simple application d'un pessaire à eau. Swiederski a eu un cas de mort à la suite de la réduction d'une inversion datant de trois ans. Que penser alors d'une méthode dont White s'est fait le promoteur et qui consiste, dans le cas où la réduction se fait attendre, de continuer le taxis avec une énergie continue et une persistance croissante.

C'est là en effet une méthode un peu trop téméraire et nous croyons que si l'on emploie le taxis, il faudra le faire avec beaucoup de douceur, beaucoup de précautions et il faudra savoir s'arrêter à temps quand on n'a pas de résultats.

Quant au taxis instrumental, c'est là un procédé brutal et aveugle. Il est complètement laissé à l'écart aujourd'hui et nous ne le citerons que pour mémoire : les appareils tels que le repoussoir de Viardel ou l'instrument de White sont définitivement bannis de l'arsenal des gynécologues ou des accoucheurs.

La pression continue, qui d'après les premiers auteurs devait réaliser bien des espérances et pour laquelle les chirurgiens voulaient chacun avoir le dernier mot dans la découverte de quelque appareil plus apte à remplir les conditions exigées, fut employée pendant de longues années et l'avis des praticiens est assez partagé à son égard. Sans revenir sur l'opinion d'Hoffmeier ou de Pozzi qui prétendent ne l'avoir jamais vu échouer, il est évident que ce procédé de la pression continue peut donner d'excell^{ls}ents résultats dans certaines conditions, mais que l'inversion soit ancienne, que les tissus soient sclérosés, que le col soit rétréci, c'est pendant de longs jours, même de longues semaines qu'il faudra tenir ces appareils en place. Leur pression sur les tissus utérins va alors amener sur les points comprimés des phénomènes de sphacèle et de gangrène pouvant déterminer une péritonite dangereuse qui met la vie de la malade en danger. Pendant la longue période où les appareils sont en place (et Howitz cite le cas d'une femme chez laquelle la réduction ne s'obtint qu'après quatre mois et demi de traitement ininterrompu) pendant cette période, la

femme souffre, est obligée de garder le lit dans une position spéciale, et elle n'est pas à l'abri des inconvénients et des accidents tels que les hémorragies auxquels expose toute inversion non réduite.

Nous ne saurions trop insister en effet sur ce fait, que les malades, porteuses d'inversion utérine sont des femmes fortement anémiées, exsangues parfois, à cause des hémorragies quotidiennes, incessantes qu'elles présentent pour la moindre cause; les faire attendre c'est les exposer à tous ces accidents graves, c'est les exposer de plus à l'infection si des soins minutieux d'asepsie et de propreté ne sont pratiqués à tout instant.

Par conséquent toutes ces méthodes de réduction lente, au moyen de tous les appareils inventés à cet effet : Pessaire de Gariel, Colpenrynter, traction élastique, procédé du sthétoscope, etc., etc., sont peut-être bons sur des inversions récentes. Ils sont malgré tout à essayer dans tous les cas avant de pratiquer une opération sanglante, mais il faut se garder de prolonger longtemps leur application, et savoir se résoudre vite à une méthode rapide qui mettra la malade à l'abri ~~un~~ danger.

Nous dirons un mot de toutes les méthodes d'ablation de l'utérus, en montrant leurs inconvénients auprès de leurs avantages qui sont bien minimes.

Les méthodes d'excision, exposaient à des hémorragies sérieuses, foudroyantes quelquefois, mortelles bien souvent; l'on comprend facilement qu'il n'était pas sans danger de sectionner des tissus aussi vasculaires, mais un autre inconvénient était de laisser une communication constante entre le péritoine et le vagin.

On essaya de remédier au premier de ces inconvénients

en sectionnant lentement au moyen des écraseurs linéaires, mais les dangers de péritonite restaient encore et elle emporta bien des opérées. Les cautères et galvanocautères n'eurent pas plus de succès. Les résultats étaient déplora-
bles, et les statistiques donnent encore un taux de mortalité qui s'élève à 62, 63 pour cent. Les procédés de ligature eurent eux, un peu plus de bonheur. Après bien des hésitations, c'est le procédé de Périer qui prévalut et les cas de mort furent l'exception.

Malgré tout ces opérations étaient horriblement douloureuses pour les malades, qui étaient obligées de garder le lit. Des hémorragies étaient toujours à craindre, et il se produisait au niveau du point de constriction des phénomènes de sphacèle pouvant donner encore naissance à de la péritonite, et dont les produits se résolvant dans l'organisme atteignaient gravement l'état général.

Aujourd'hui, grâce aux progrès de l'asepsie et grâce aux progrès de la technique opératoire, cette méthode est détronée par sa rivale l'Hystérectomie vaginale.

Cette opération a été longtemps en honneur et Pozzi n'hésite pas à nous dire qu'il y aurait recours aussitôt que l'impossibilité de la réduction lui aurait été démontrée.

Malheureusement l'inversion utérine est une affection qui se produisant au moment de l'accouchement, atteint par là même dans la majorité des cas, des femmes en pleine vie sexuelle, des femmes jeunes, chez qui l'ablation de l'utérus pourra amener des troubles sérieux.

M. Acquaviva, à l'appui de l'hystérectomie nous objecte que le chirurgien n'hésite pas à enlever un membre atteint de gangrène, qu'il est bien juste d'enlever un utérus capable de déterminer des accidents graves, voire même la mort.

Mais, nous avons maintenant des procédés de chirurgie conservatrice qui donnent d'excellents résultats, et c'est de la chirurgie conservatrice qu'il nous faut faire à tout prix pour ne pas priver de son utérus une femme en pleine activité génitale. Ce n'est qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique que l'on se résoudra à l'hystérectomie, et on devra la considérer comme une défaite, comme une mutilation.

II. Les procédés conservateurs sanglants ont eu, même à la période préaseptique, leur époque de gloire.

Les incisions que pratiquaient Barnes, Millot et Courty, ne sont pas à dédaigner, mais elles n'étaient pas sans présenter des dangers. Ces incisions ont été le point de départ d'accidents redoutables d'infection, et de plus favorisaient les ruptures utérines, les hémorragies abondantes, intarissables. Des péritonites en ont résulté, et il faut pour ces incisions employer la plus extrême prudence. Enfin, même avec ces débridements, la réduction est souvent difficile dans les cas où cet état de sclérose de cartonnisation des tissus utérins s'oppose au retour en place de l'organe.

La méthode de Gaillard Thomas, a donné lieu, nous l'avons dit, à des désastres. Malgré ces revers, il semble que le procédé puisse avoir quelques indications. A l'époque de Gaillard Thomas, il était bien téméraire de faire une laparotomie. Toucher au péritoine, c'était s'exposer à des accidents redoutables, mais de nos jours avec l'asepsie rigoureuse dont nous pouvons disposer, il est certain qu'une courte incision abdominale ne présente aucun danger. La méthode a l'immense avantage de permettre de se rendre compte de visu de l'état des organes du petit bassin, de

constater l'état de contraction du col et de juger des adhérences quand elles existent. Le seul inconvénient est que la réduction est difficile à pratiquer même, ce qui n'est pas toujours possible, quand la dilatation a été faite.

Le procédé d'Everke est justiciable des critiques faites au procédé de Darmes, et il expose le malade étant donné les incisions pratiquées à des ruptures utérines et des hémorragies. Celui de Backer Brower a l'inconvénient d'agir à l'aveugle et de laisser une communication entre la cavité abdominale et l'intérieur de l'utérus.

Enfin le procédé de Küstner a eu à son époque de nombreux partisans, mais cette méthode compte déjà des succès. De plus il faut reconnaître qu'il est des cas où il est impossible de pénétrer avec le doigt dans l'anneau d'étranglement et la pièce en mains sur la table d'amphithéâtre, on ne peut obtenir la moindre dilatation, il faut alors dans ces cas le terminer par l'ablation de l'organe et c'est encore une défaite. De plus un grand inconvénient à cette méthode est l'impossibilité de suturer la boutonnière faite à la paroi utérine. On s'expose à des ruptures de l'utérus, tandis que dans la colpohystérotomie postérieure ou antérieure on a sous les yeux la plaie utérine que l'on peut facilement suturer.

Les avantages de la colpohystérotomie sont nombreux. Qu'elle soit antérieure ou postérieure les résultats sont les mêmes, la technique est identique. Le chirurgien choisit selon les besoins du moment mais :

1° L'incision intéressant toute la paroi permet de lever tous les obstacles à la réduction, que ces derniers siègent au niveau du col, de l'isthme, du corps, ou du fonds utérin.

2° Un autre avantage est que par la large ouverture pro-

duite, on pourra voir les organes voisins, dégager les annexes et rompre les adhérences.

4° Enfin le chirurgien opère sa réduction à l'extérieur, en dehors même de la cavité vaginale et suture commodément la plaie. Cette suture est en effet assez difficile, les tissus sont friables, et les points ne tiennent pas. Le tout saigne abondamment, et il faut beaucoup de patience sinon de l'habileté pour arriver à mener à bien cette tâche.

Quand l'opération est bien faite, on peut être sûr du résultat, et si on relève les cas d'inversion utérine opérés par cette technique, nous avons les résultats suivants.

Où, dans son rapport au congrès de Nantes en 1901, a réuni douze cas, où la réduction a été obtenue tant par colpohystérotomie antérieure que postérieure. Sur ces douze cas, deux grossesses se sont produites chez les opérées de Duret et de Westermarck. Celle de Duret a accouché à terme, celle de Westermarck avorte à trois mois.

En effet les incisions même longues compromettent peu la solidité utérine quand les sutures sont bien faites. La césarienne itérative en est une des plus brillantes preuves.

Wiès, dans sa thèse, Lyon 1910, rapporte trois cas nouveaux avec il est vrai un insuccès et un décès par péritonite.

Enfin nous même, un cas nous étant commun avec M. Wies, rapportons aujourd'hui deux faits qui viennent apporter une preuve nouvelle à l'appui de nos théories.

La malade de M. le professeur Gayet a mené sans accidents, une grossesse à terme. A accouché d'un enfant normal, a eu une délivrance normale, et le second cas traité par M. Larroyenne est également un excellent résultat.

Enfin Johnstone en rapporte un cas avec guérison dans le British Medical Journal, en 1909. Lesly en 1909 égale-

ment, en rapporte un autre dans *The Amer. Journ. of. Obst.*

En 1910 les résultats en étaient là et notre travail continuera l'étude approfondie que fit M. Vies, nous avons borné nos recherches à la région lyonnaise depuis cette époque et nous sommes heureux de constater que sur trois cas de colpohystérotomie postérieure ou antérieure, nous avons eu trois succès. Nous ajoutons enfin un cas inédit aux cas déjà connus.

Par conséquent la statistique est fort belle et nous pouvons dire avec Oui : La colpohystérotomie si efficace au point de vue immédiat nous laisse une réelle sécurité en ce qui concerne l'avenir génital des opérées, et la fonction de reproduction.

CONCLUSIONS

I. — En raison des progrès de la clinique obstétricale, les inversions utérines deviennent de plus en plus rares.

II. — Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un cas un peu ancien, il doit essayer d'abord la réduction au moyen des procédés non sanglants, et parmi ceux-ci le taxis manuel. Il faut savoir que ces procédés échouent le plus souvent, non à cause de la striction du col, mais à cause de la modification profonde des tissus utérins.

III. — Quand les procédés non sanglants ont échoué, il faut s'adresser aux procédés sanglants conservateurs.

IV. — Parmi ces derniers, celui qui a donné les meilleurs résultats est la Colpohysterotomie, anté-

rieure ou postérieure, cette dernière étant préférée de la majorité des praticiens.

V. — Les observations de Colpohysterotomie montrent que cette opération donne d'excellents résultats, tant immédiats qu'éloignés, et que la fonction de reproduction peut être sauvegardée, un certain nombre de grossesses ayant été signalées.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. POLLOSSON

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Novembre 1913

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

Pour le Recteur et par délégation :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

L. JOSSERAND

BIBLIOGRAPHIE

- ABELL. — *Inversion of uterus*. Louis-ville Month. 3 M. et S. 1903-04, p. 28.
- ALEXANDER. — *Archiv. fur Gynak*, 1899. t. LVIII, p. 239.
- ANDERODIAS. — *Bull. de la Soc. d'Obst.* Paris, fév. 1903.
- ANDERSON. — *Au inverted uterus after childbirth*. Med. World. Phila. 1905.
- AQUAVIVA. — *Thèse de Montpellier*, 1899.
- AUDIGÉ. — *Thèse Paris* 1881.
- BACON. — *Ainer. journal of. Obstet.* Oct. 1902.
- BAMBERGER. — *Report of case of inversion of uterus boledo* M. et L. Reporter 1909. — XXXV — 313.
- BAR. — *Bull. de la Soc. d'Obst.* Paris, fév., mai 1902.
- BAR. — *L'Inversion utérine*. Rev. gén. de clin. et de thérap. Paris, 1911, p. 321.

- BELIN. — *Journal de médecine de Paris*, 1892.
- BIANCARDI. — *Inversion utérine puerpérale*. Art. Obst. Milano, 1910.
- BOISSARD. — *Bull. de la Soc. d'Obst.* 1907.
- BOISSARD et DUBIZAY. — *Bull. de la Soc. d'Obst.* 1902, n° 2.
- BONTÉ. — *Thèse Paris*, 1900.
- BORN. — *Festschrift für Fritsch*, 1902.
- BORN. — *Ein Fall von Schwangerschaft und Geburt nach operativer Geheilter chronischer uterus inversion*.
Zentralblatt. G. Gynak-Leyzig. 1907.
- BRASSEUR. — *Thèse Paris* 1895.
- BRUEL. — *Bull. de la Soc. d'Obst.* Paris 1902.
- CAMPBELL GOWAN. — *The Lancet*, 21 sept. 1889.
- CHARPENTIER. — *Traité d'accouchements*.
- COURKY. — *Congrès de l'Association française pour l'Avancement des sciences*, 1878. Rapport.
- CROSS. — *An essay literary and practical of inversion uteri*.
- DELBET. — *Des suppurations pelviennes chez la femme*, 1891.
- DELETTREZ. — *Deux cas d'inversion utérine puerpérale avec prolapsus*.
Ann. de l'Institut chirurgical de Bruxelles, 1903.
- DENUCÉ. — *Traité de l'Inversion utérine*.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*. T. 1.
- DUNCAN. — *Sur le mécanisme de l'accouchement*.
- FERRÉ. — *Sur l'inversion utérine à propos d'un cas d'inversion complète survenue six jours après l'accouchement*.
Obstétrique. Paris, 1905.
- FOURNIER. — *Inversion utérine datant de 7 mois*. Bull. de la Soc. d'Obst. Paris 1908.
- FRESSON. — *Thèse*. Paris 1902.
- FRIEDMAN. — *Med and surg. Rep. Bost. City Hospit.* 1905.
- FUNCCK-BRENTANO. . . *Un cas d'inversion utérine aiguë, spontanée*.
Gyn. Paris 1908.

- GAYET. — *Lyon médical* 1901.
- GRABIÉ. — *Thèse Paris*, 1903.
- GROSS. — *Presse médicale*, 6 nov. 1901.
Bull. médical, 30 nov. 1901.
- HAYEM. — *Revue des sciences médicales* 1895, p. 183.
- HELLIER. — *The Lancet*, 1899, p. 151.
- HOMOLLE et MARTIN. — *Ann. de Gynécol.* 1875. T. III, p. 2711.
- JAGGARD. — *Soc. de Gynécologie*, Chicago, 19 nov. 1886.
- JARJAWAY. — *Thèse de Paris*, 1846.
Archives de médecine 1846, p. 297.
- KOCHS. — *Centralblatt fur. Gynak*, 17 mai 1890.
- KUSTNER. — *Centralblatt f. Gynak*, 1893, p. 945.
Beitrage fur. Geb. und Gyn. 1901.
- LABADIE. — *Lagrange et Legneu.*
- LEPAGE. — *Inversion utérine se produisant 4 jours après l'accouchement. Réduction. Guérison.*
Comp. rend. de la Soc. d'Obst. de Gyn. et de Pédiatrie.
Paris 1905.
- LEPAGE et VILETTE. — *Deux cas d'inversion utérine avec guérison.*
Ann. de Gyn. et d'Obst. Paris 1910.
- LIZCANO. — *Caso clínico de inversion uterina completa.* Siglo. med.
Madrid, 1904.
- MARKLEY. — *Inversion of the uterus with report of cases.* M. J. Springfield 1905.
- MERIEL. — *Un cas d'inversion utérine peut-être spontanée. Irréductibilité. Sphacèle.*
Compt. rendu de la Soc. d'Obst. de Gyn. et de Pédiatrie.
Paris 1908.
- NORIN. — *Operation for removal of inverted uterus.* Med. World.
Phila. 1905.
- OUI. — *Traité de l'Inversion utérine.* Congrès périodique de Gyn.
d'Obst. et de pédiatrie. III^e session Nantes, sept. 1901.
- PARACHE. — *Inversion utérina puerpural.* An. de l'Acad. de Obstet.
Madrid, 1911.

- PETERSON. — *Anterior colpohysterectomy as a treatment of a chronic inversion of uterus*. Surg. Gyn. and Obst. Chicago, 1907.
- PICCOLI. — *Congrès internat. de médecine de Rome*, 1894.
- POUEY. — *La Gynécologie* 1897. II. 45.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
- PROTHERAY et SMITHS. — *The Lancet*, 1902, 10 mai.
- REEWE (J.). — *Dayton. Archiv. de tocologie*, 1884.
- REMY. — *Archives de tocologie*, 1894.
- RIBEMONT, DESAIGNE et LEPAGE. — *Précis d'Obstétrique*.
- RÉEFFEL. — *Anatomie de Poirier*. Art. Org. gen. ur. de la femme.
- SICARD. — *Thèse de Paris*, 1892.
- SCHULTZE. — *Mon. f. Geb und Gynak*, Berlin, 1903.
- STONE. — *Médical record*, 18 juin 1898.
- TARNIER et BUDIN. — *Traité d'accouchements*. Article de Brindeau.
- TASTE. — *Thèse Lyon*, 97.
- TESTUT. — *Précis d'anatomie*.
- THOMAS. — *Inversion of uterus*. *Ann. of. Surg and Obst.* St Louis, 1903, 1904.
- VARGASOVA. — *Inversion puerperale de l'utérus*. Russk. Vrach. St Pétersbourg, 1911.
- VARNIER. — *Obstétrique journalière*.
- VOGEL. — *Zertschs f. Geb und Gyn.* 1900 t. XLII n° 3.
- VOGEL. — *Obstétrique* 1901, p. 61.
- WALGREN. — *Archiv. f. Gynak.* 1901, t. LXIII. 3.
- WECHS. — *Archives de tocologie*. 15 Juillet 1886.
- WIES. — *Thèse Lyon* 1911.
- WEISS. — *Thèse de Paris*, 1873.
- WILLIAMS. — *Inversion of uterus*. John Hopkins Hosp. Bull. Balt. 1905.

